

# **MIĘDZYNARODOWE SYMPOZJUM „Szanse pomocy dla uzależnionych w zawodach medycznych”**

Poznań, 02-03 grudnia 2004

# **INTERNATIONALES SYMPOSION „Unterstützungschancen für Abhängige in medizinischen Berufen”**

Poznań, den 02.-03. Dezember 2004

pod patronatem

J.M. Rektora Akademii Medycznej  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
prof. dr. hab. Grzegorza H. Bręborowicza

## **Organizatorzy**

Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Komisja ds. Uzależnień Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

Wielkopolska Izba Lekarska w Poznaniu

Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie



## HILFE FÜR SUCHTKRANKE ÄRZTINNEN UND ÄRZTE

**Klaus Beelmann**

Interventionsprogramm (IVP) der Ärztekammer Hamburg

Die Ärztekammer Hamburg hat auf Initiative ihres damaligen Geschäftsführenden Arztes, Privatdozent Dr. Klaus-Heinrich Damm, vor etwa 10 Jahren begonnen, sich des heiklen Problems sucht – und abhängigkeitskranker Ärzte anzunehmen. Seit einigen Jahren ist das Thema auch von der Bundesärztekammer aufgegriffen worden.

Das Interventionsprogramm (IVP) der Ärztekammer Hamburg ist der Versuch, strukturiert mit Informationen über eine Abhängigkeitsproblematik bei Ärzten/Ärztinnen umzugehen. Diese erreichen die Ärztekammer auf unterschiedlichen Wegen. Mitteilungen von Angehörigen, Freunden oder Kollegen kommen ebenso vor, wie Informationen über Apotheken, die von Auffälligkeiten im Umgang mit Betäubungsmittelrezepten berichten. Regelmäßig erfolgen Mitteilungen in Strafsachen durch Gerichte, typischerweise im Zusammenhang mit Trunkenheitsfahrten. Leider sind es nur selten – wenn auch in der Tendenz zunehmend – die Betroffenen selbst, die sich an die Ärztekammer wenden.

Erster Schritt und praestationärer Teil des IVPs ist ein zeitnahes Gespräch mit dem Betroffenen. Es kann erforderlich sein, das Gespräch als Sofortintervention am Arbeitsplatz der Kollegin oder des Kollegen vor Ort, im Krankenhaus oder in der Praxis zu führen. Ziel muss es sein, nicht nur dem Arzt/der Ärztin die therapeutischen Optionen zu eröffnen, sondern auch möglichen Schaden von den Patienten abzuwenden. Das Gespräch soll dazu dienen, den Verdacht zu validieren und im Falle des Zutreffens umgehend einen therapeutischen Anschluss herzustellen, der in der weit überwiegenden Zahl der Fälle nur aus einer stationären Klinikbehandlung bestehen kann. Verständlicherweise stößt man in diesen Gesprächen im Verlauf auf große Widerstände, denen jedoch der ordnungspolitische Auftrag der Ärztekammer entgegen zu stellen ist, an dessen Ende auch die Frage nach der Fortdauer der Approbation steht.

Liegt eine offensichtliche Abhängigkeit vor, ist es bisher nahezu immer gelungen, die erforderliche zeitnahe Klinikbehandlung herbeizuführen. Der bloße Verdachtsfall indes macht zuvor eine fachgutachterliche Untersuchung erforderlich und sollte mit dem Ziel einer therapeutischen Empfehlung durchgeführt werden.

Nach meist mehrwöchiger stationärer Therapie in einer für die spezifischen substanzbezogenen Anforderungen geeigneten Klinik, wird in einer freiwilligen schriftlichen Vereinbarung mit dem Betroffenen der nachstationäre Teil des IVPs festgelegt. 5 Komponenten begleiten und sichern dabei den Wiederbeginn der ärztlichen Tätigkeit.

In monatlichem Abstand nach Entlassung sollen Nachsorgeuntersuchungen in curricularer Form durchgeführt und als Kurzbegutachtungen zusammengefasst werden. Die Ärztekammer strebt an, solche Curricula, die zum Teil von den Kliniken selbst angeboten werden, heranzuziehen oder alternativ Strukturen mit den Betroffenen zu vereinbaren, die einer von unabhängiger Seite durchgeführten Verlaufs- und Kontrolluntersuchung entsprechen. Über die Befunde wird die Ärztekammer unterrichtet.

Therapeutisch schlägt die Ärztekammer die wöchentliche Teilnahme an einer Psychotherapie vor und bittet um Nachweis über die Durchführung dieser Therapie, ohne dass Inhalte berührt werden. Als dritte Komponente wird der regelmäßige Besuch von Selbsthilfegruppen vereinbart. Wie für die Psychotherapie spielt dabei die Trennung von Kontrolle und Therapie eine große Rolle.

Wichtige objektive Parameter gewinnt die Ärztekammer durch unregelmäßige Laborkontrollen, die je nach Substanzmissbrauch durchgeführt werden. Hierzu wird ein häufig relativ aufwendiges Verfahren mit dem Patienten, z. B. ein Alkoholtest vor Arbeitsbeginn, individuell vereinbart.

Die letzte Komponente des IVPs besteht aus monatlichen Besprechungen der Entwicklungen und Ergebnisse mit dem Betroffenen in der Ärztekammer. Im Grundsatz wird dabei auch verdeutlicht, dass die Ergebnisse auf der Kontrollseite nicht eingeengt sind auf das Ziel einer lückenlosen Überwachung zur Erfassung eines Rückfalles, sondern ebenso gewonnen werden, um einen Heilerfolg ggf. auch in einem externen Prüfungsverfahren, z. B. gegenüber der aufsichtsführenden Behörde oder Gerichten, belegen zu können.

Die freiwillige Vereinbarung und das IVP der Ärztekammer sind über eine Dauer von einem Jahr angelegt, können jedoch im Bedarfsfall verlängert werden. Die ganz überwiegende Zahl der betreuten Ärztinnen und Ärzte leidet an einer Alkoholabhängigkeit und es gelingt den Betroffenen in etwa 60-70 % über den beobachteten und betreuten Zeitraum hinweg abstinent zu bleiben. Oft zeigen jedoch die Rückfälle mit ihren zum Teil dramatischen Begleitumständen und Folgen, um welche schwierige Aufgabe es im Rahmen der Sucht- und Abhängigkeitsbehandlung insgesamt geht. Es wird deutlich, ausgehend von den persönlichen Umständen des Betroffenen, wie wichtig der Ausbau des beschriebenen Konzeptes sowohl unter Einbeziehung der aufsichtsführenden Organe als auch der Kostenträger ist, um eine dauerhafte Gesundung der Erkrankten zu erreichen und damit auch ihre Berufsfähigkeit zu sichern.

## **POMOC DLA UZALEŻNIONYCH LEKARZY I LEKAREK**

**Klaus Beelmann**

Program Interwencyjny IVP Izby Lekarskiej w Hamburgu

Izba Lekarska w Hamburgu, z inicjatywy swego ówczesnego kierownika doc. Klaus-Heinricha Damma, około 10 lat temu zaczęła zajmować się delikatnym problemem, jakim jest uzależnienie lekarzy. Od kilku lat temat ten podejmowany jest również przez Federalną Izbę Lekarską (Bundesärztekammer).

Program Interwencyjny Izby Lekarskiej w Hamburgu jest próbą posługiwania się ujętymi w pewną strukturę informacjami dotyczącymi problematyki uzależnień lekarzy. Informacje te Izba Lekarska uzyskuje różnymi drogami. Wiadomości od członków Izby, przyjaciół lub kolegów zdarzają się równie często, jak informacje z aptek, które relacjonują o rzucających się w oczy przypadkach nadużywania posługiwania się receptami na leki uzależniające. Częste są również zawiadomienia sądowe dotyczące spraw karnych, czego typowym przykładem są sprawy związane z prowadzeniem pojazdów w stanie nietrzeźwości. Niestety, przypadki zwracania się do Izby Lekarskiej samych uzależnionych są rzadkie, choć obserwuje się pewną tendencję wzrostową.

Pierwszy krok i zarazem część przedstacjonarna programu interwencyjnego to rozmowa „tu i teraz” z osobą uzależnioną. Czasami konieczne jest prowadzenie rozmowy jako interwencji natychmiastowej w miejscu pracy koleżanki lub kolegi w szpitalu lub w gabinecie lekarskim. Celem tego musi być nie tylko pokazanie lekarzowi/lekarce opcji terapeutycznych, lecz także zapobieżenie możliwym szkodom, jakie mogą ponieść pacjenci. Rozmowa taka powinna służyć weryfikacji podejrzeń nadużywania/uzależnienia od substancji psycho-

aktywnych, a w przypadku ich potwierdzenia, niezwłocznemu przejściu do etapu terapeutycznego, który w przeważającej liczbie przypadków jest leczeniem szpitalnym. Zrozumiałe, że podczas takich rozmów napotyka się na duże opory, które jednak należy skonfrontować z administracyjno-porządkowymi zaleceniami Izby Lekarskiej, w tym również z pytaniami o dalsze dopuszczenia do wykonywania zawodu.

Jeżeli rozpoznaje się jednoznacznie uzależnienie, to jak dotychczas prawie w każdym przypadku udawało się doprowadzić do niezbędnego nowoczesnego leczenia szpitalnego. Niemniej samo podejrzenia uzależnienia powoduje konieczność specjalistycznej diagnostyki i powinna być ona przeprowadzona w celu zaleceń terapeutycznych.

Po najczęściej wielotygodniowej terapii stacjonarnej w szpitalu spełniającym specyficzne wymogi dla leczenia uzależnień od danych substancji, ustalona zostaje w drodze dobrowolnego pisemnego uzgodnienia z osobą uzależnioną część poststacjonarna programu interwencyjnego. Składa się ona z pięciu współwystępujących komponentów, których wypełnienie przez lekarza umożliwia ponowne rozpoczęcie praktyki lekarskiej.

1. W odstępie miesięcznym po wypisaniu ze szpitala powinny zostać przeprowadzone badania w formie *curriculum* oraz podsumowane w formie krótkich opinii. Izba Lekarska dąży do tego, aby takimi *curriculumami*, które częściowo są oferowane przez same szpitale i posługiwać się lub alternatywnie uzgodnić z osobami uzależnionymi struktury, które odpowiadają badaniu przebiegu terapii i badaniu kontrolnemu przeprowadzonym przez podmiot niezależny. O wynikach badań informowana jest Izba Lekarska.

2. Jeśli idzie o stronę terapeutyczną, Izba Lekarska proponuje cotygodniowy udział w psychoterapii i prosi o udokumentowanie przeprowadzenia tejże terapii, bez opisywania poruszanych podczas terapii treści.

3. Jako trzeci komponent uzgadnia się regularne uczęszczanie na spotkania grup samopomocowych. Przy czym, tak jak w odniesieniu do psychoterapii, dużą rolę odgrywa oddzielenie kontrolowania od terapii.

4. Ważne obiektywne parametry postępów leczenia uzależnienia Izba Lekarska uzyskuje poprzez wyrwykowe laboratoryjne kontrolowanie przestrzegania abstynencji od używania danych substancji. Do tego indywidualnie uzgadniane jest postępowanie z pacjentem, które często wymaga relatywnie dużo nakładów, np. testowanie probierzami trzeźwości przed rozpoczęciem pracy.

5. Ostatni komponent programu interwencyjnego składa się z miesięcznych omówień rozwoju sytuacji i wyników z osobą uzależnioną w Izbie Lekarskiej. Zasadniczo wyjaśnia się przy tym osobie, że wyniki kontroli nie służą jedynie do całkowitego nadzorowania ew. nawrotu uzależnienia, lecz robi się je po to, aby móc udokumentować sukces w leczeniu, ew. także wobec zewnętrznych procedur kontrolnych, np. organów nadzorujących lub sądowych.

Czas trwania dobrowolnej umowy oraz programu interwencyjnego Izby Lekarskiej zaplanowany jest na rok, w razie potrzeby może być jednak przedłużony. Przeważająca liczba znajdujących się pod opieką lekarzy i lekarek jest uzależniona od alkoholu, a około 60-70 % osób uzależnionych udaje się utrzymywać abstynencję przez cały okres, w którym są pod obserwacją i opieką. Często jednak przypadki nawrotu uzależnienia, wraz z ich często dramatycznymi towarzyszącymi okolicznościami i skutkami, pokazują, o jak trudne zadanie w sumie chodzi w ramach leczenia osób uzależnionych. Staje się jasne, poczynając od osobistych okoliczności dotyczących osób uzależnionych, jak ważne jest rozbudowanie opisanej koncepcji postępowania, zarówno z uwzględnieniem or-

ganów nadzorujących, jak i podmiotów ponoszących koszty, aby osiągnąć trwałe uzdrowienie chorych, a tym samym zapewnić również im zdolność do wykonywania zawodu.

## **PROBLEMY ZWIĄZANE Z UŻYCIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PRZEZ LEKARZY**

**Bogusław Habrat**

Zespół Profilaktyki i Leczenia Uzależnień Instytutu Psychiatrii i Neurologii  
w Warszawie

Uzależnienia od substancji psychoaktywnych nie występują wśród lekarzy częściej niż w populacji ogólnej. Szacuje się, że w USA w ciągu całego życia problemy z uzależnieniem ma 10-15% lekarzy, a w Wielkiej Brytanii ok. 7%. W Polsce tego typu szacunki nie były wykonywane. Zjawisko to jest zróżnicowane w zależności m.in. od płci (mężczyźni częściej niż kobiety mają problemy z nadużywaniem i uzależnieniem od substancji) i wykonywanej specjalizacji. Szczególnie często do uzależnień dochodzi u anestezjologów, poza tym często wymienia się lekarzy medycyny ratunkowej, psychiatrów, lekarzy ogólnych. Główną substancją uzależniającą lekarzy jest alkohol, a w drugim rzędzie leki z grupy agonistów opioidowych. Lekarze wykonujący zabiegi chętniej niż inni sięgają po alkohol i syntetyczne opioidy, psychiatrzy są grupą wypisującą dla siebie najwięcej leków i preferującą benzodiazepiny ponad 2x częściej niż lekarze innych specjalności. Z kolei lekarze medycyny ratunkowej używają 2x więcej marihuany niż pozostali, chętnie też nadużywają leków opioidowych (dane amerykańskie).

Mimo że uzależnienie wśród lekarzy nie wyróżnia ich spośród innych populacji, zjawisko uzależnienia w tej grupie budzi szczególnie zainteresowanie ze względu na specjalną odpowiedzialność zawodu lekarza oraz stosunkowo szybko następujące dysfunkcje w różnych rolach społecznych.

Zjawisko późnego rozpoznania uzależnienia i spóźnionych interwencji nie zostało szczegółowo zbadane. W Polsce, gdzie do niedawna element konkurencyjności lekarskiej nie miał większego znaczenia, powszechne było zjawisko fałszywej solidarności zawodowej, polegającej na pomaganiu w nieponoszeniu odpowiedzialności za zachowania związane z piciem alkoholu (wypisywanie zwolnień z powodu chorób somatycznych, zastępstwa, ukrywanie kompromitujących faktów itp.) W odniesieniu do innych substancji dominowały raczej „bierne formy solidarności” (niezauważanie, minimalizowanie, ignorowanie) i pozbywanie się takich pracowników-„lekomanów”. Zarówno w odniesieniu do uzależnienia od alkoholu, jak i od leków podjęcie procedury odsunięcia od pracy w zawodzie z powodu niemożności wykonywania go jest ewenementem podejmowanym na ogół tylko w bardzo drastycznych lub upublicznionych przypadkach.

W wielu przypadkach „wymuszona” interwencja kończy się, najczęściej kolejnym, leczeniem zespołu abstynencyjnego, nierzadko w warunkach kamuflażu interwencji somatycznej. Po części wynika to z powszechnej niewiedzy o fakcie, że detoksykacja nie jest leczeniem uzależnienia, ale jedynie etapem wprowadzającym do niego.

Ostatnie 10-15 lat to okres powstawania na Zachodzie dużej liczby programów leczenia uzależnień adresowanych do uzależnionych lekarzy. Wbrew tendencjom do egalitaryzowania programów leczenia uzależnień, w odniesieniu do lekarzy istnieją ważne argumenty za wyspecjalizowanymi programami dla tej wąskiej grupy pacjentów: możliwość omawiania

wspólnych problemów, mechanizmów prowadzących do używania substancji, podobnego zestawu sytuacji zagrażających nawrotem; zbliżony poziom intelektualny uczestników grupy. Dodatkowo, lekarze są grupą o znacznie wyższych niż u pozostałych chorych wskaźnikach sukcesu niektórych rodzajów farmakoterapii (np. antagonistami receptorów opioidowych w przypadku uzależnienia opioidowego).

Często lekarze leczący kolegów lekarzy występują w bardzo frustrującej podwójnej roli: terapeutycznej i orzeczniczej. Dochodzi do konfliktu między interesem osobistym lekarza-pacjenta a wydaniem niekorzystnej opinii, chroniącej jednak jego potencjalnych pacjentów.

Kolejnym istotnym problemem jest zapewnienie ciągłości opieki i monitorowanie abstynencji i zachowań po zakończeniu intensywnej terapii uzależnień oraz stworzenie akceptującego, ale proabstynenckiego środowiska w pracy.

W Polsce istnieje pilna potrzeba działań edukacyjno-szkoleniowych adresowanych do środowisk lekarskich, w tym do przełożonych i pracodawców, które to działania powinny poprawić zapobieganie patologiom związanym z używaniem substancji psychoaktywnych w służbie zdrowia, wczesne wykrywanie nadużywania i uzależnienia, umiejętności w zakresie postępowania z uzależnionymi lekarzami, stworzenia systemu terapii uzależnionych lekarzy w sposób efektywny oraz ich rehabilitacji zawodowej i społecznej.

## **DIE PROBLEME DES GENUSSES VON PSYCHOAKTIVEN SUBSTANZEN DURCH DIE ÄRZTE**

**Bogusław Habrat**

Die Gruppe für Prophylaxe und Behandlung von Abhängigkeiten des Instituts für  
Psychiatrie und Neurologie in Warschau

Abhängigkeiten von den psychoaktiven Substanzen kommen unter Ärzten nicht häufiger als in der allgemeinen Population vor. Es wird geschätzt, daß 10-15% der Ärzte in den USA und ca. 7% in Großbritannien während des ganzen Lebens Probleme mit einer Abhängigkeit hat. Diese Erscheinung ist differenziert u.a. je nach dem Geschlecht (M>F) und der ausgeübten Spezialisierung. Besonders oft kommt es zu den Abhängigkeiten bei den Anästhesiologen, ansonsten werden ziemlich oft Notärzte, Psychiater, Allgemeinärzte erwähnt. Die Hauptsubstanz, die die Ärzte abhängig macht, ist Alkohol, und in der zweiten Reihe die Medikamente aus der Gruppe der Opioideagonisten. Die Eingriff-Ärzte greifen lieber als die anderen nach Alkohol und synthetischen Opioiden, die Psychiater sind eine Gruppe, die für sich die meisten Medikamente verschreiben und die Benzodiazepine über 2x häufiger als die anderen Ärzte bevorzugen. Wiederum gebrauchen die Notärzte 2x mehr Marihuana als die sonstigen Ärzte, sie gebrauchen auch Opioidemedikamente übermäßig gern (amerikanische Angaben).

Obwohl die Abhängigkeit unter den Ärzten von den anderen Populationen sie nicht unterscheidet, erweckt die Abhängigkeitserscheinung in dieser Gruppe ein besonderes Interesse, aufgrund einer speziellen Verantwortung des Arzt-Berufes und der schnell erfolgenden Funktionsstörungen in verschiedenen gesellschaftlichen Rollen.

Die Erscheinung einer späten Diagnose der Abhängigkeit und der verspäteten Interventionen wurde in Einzelheiten nicht untersucht. In Polen, wo das Element der ärztlichen Wettbewerbsfähigkeit bis vor kurzem keine größere Bedeutung hatte, war das Phänomen der falschen Berufssolidarität verbreitet, die darauf beruhte, daß es einem so geholfen wurde, daß er möglichst keine Verantwortung für sein mit dem Alkoholtrinken verbundenes Verhalten trägt (Schreiben von Krankhe-



itsattesten wegen somatischer Krankheiten, Vertretungen, Verheimlichen von kompromittierenden Tatsachen und d.g.l.). In Bezug auf andere Substanzen dominierten eher „passive Formen der Solidarität“ (Nicht-Bemerken, Minimieren) und das Loswerden von solchen „Pharmakokraken“-Mitarbeitern. Sowohl in Bezug auf Alkoholsucht, als auch auf Medikamentensucht, ist die Einleitung des Verfahrens zur Berufsarbeitsenthebung eine Sensation, die im allgemeinen nur in den mehr drastischen und veröffentlichten Fällen vorgenommen wird.

In vielen Fällen endet die „Zwangsintervention“ meistens mit einer folgenden Behandlung des Abstinenzsyndromes, nicht selten als Maskierung einer somatischen Intervention. Zum Teil ergibt sich es aus einer verbreiteten Unwissenheit über die Tatsache, daß die Detoxikation keine Behandlung der Abhängigkeit ist, sondern nur eine Vorstufe zur Behandlung darstellt.

Die letzten 10-15 Jahre, das ist ein Zeitraum, in dem eine große Zahl von Abhängigkeitsbehandlungsprogrammen für die abhängigkeitskranken Ärzte im Westen entstanden ist. Entgegen den Tendenzen zum Nicht-Elitär machen der Programme für Abhängigkeitsbehandlung, in Bezug auf die Ärzte liegen gewichtige Argumente für spezialisierte Programme für diese schmale Patientengruppe vor: Möglichkeit zur Besprechung von gemeinsamen Problemen, von den Mechanismen, die zum Genuß der Substanzen führen, von dem ähnlichen Situationsansatz, die mit dem Rückfall drohen; ein ähnliches intellektuelles Niveau der Gruppenteilnehmer; Außerdem stellen die Ärzte eine Gruppe dar, bei der die Erfolgsquoten von manchen Arten der Pharmakotherapie (Antagonisten der Opioidenrezeptoren im Falle einer Opioidenabhängigkeit) bedeutend höher als bei den anderen Kranken sind.

Die Ärzte, die ihre Ärzte-Kollegen behandeln, treten oft in einer sehr frustrierenden Doppelrolle auf: als Therapeut und als Gutachter. Es kommt zum Konflikt zwischen dem persönlichen Interesse des Arztes-Patienten und der ungünstigen Begutachtung, die jedoch seine potentiellen Patienten schützt.

Ein nächstes wesentliches Problem ist die Sicherstellung von der Kontinuität der Betreuung und die Überwachung der Abstinenz und des Verhaltens nach dem Abschluß der intensiven Abhängigkeitsbehandlung, sowie die Herstellung einer akzeptierenden, aber proabstinenten Umgebung in der Arbeit.

In Polen besteht ein dringendes Bedürfnis der Bildung-Schulung-Handlungen für die Ärzte-Kreise, darunter für die Vorgesetzten und Arbeitgeber, die die folgenden Bereiche verbessern sollen: Vorbeugung den Pathologien, die mit dem Gebrauch der psychoaktiven Substanzen im Gesundheitswesen verbunden sind, frühe Aufdeckung von Mißbrauchen und Abhängigkeit, Kenntnisse im Bereich Vorgehensweise mit den abhängigkeitskranken Ärzten, Erarbeitung des Therapiesystems für abhängigkeitskranke Ärzte in einer effektiven Weise, sowie ihre berufliche und gesellschaftliche Rehabilitierung.

## **LECZENIE UZALEŻNIEŃ OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W KONTEKŚCIE PROBLEMATYKI ZDROWIA PUBLICZNEGO**

**Piotr Jabłoński**

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa

Zjawisko używania nielegalnych substancji psychoaktywnych, zgodnie z opinią wyrażoną w Raporcie o Stanie Zdrowia na Świecie (WHO 2002), zawiera w sobie również problem nie-

medycznego używania różnego typu leków i substancji objętych kontrolą prawa międzynarodowego. Obecne analizy skupiają się przede wszystkim na zagrożeniach niesionych przez dożylnie wstrzykiwanie opioidów i pochodnych amfetamin. Inne środki nielegalne jak: ekstazy, substancje lotne i konopie nie są, w opinii Raportu, dostatecznie udokumentowane poprzez badania naukowe, co do wielkości i jakości ich wpływu na stan ogólnego zagrożenia zdrowotnego. Ponieważ używanie narkotyków jest najczęściej zjawiskiem nielegalnym i ukrywanym, stąd jest rzeczą utrudnioną obserwowanie zarówno zmieniających się wzorów ich używania, jak i nowo pojawiających się niekorzystnych konsekwencji zdrowotnych. Pomimo tych trudności widoczne jest, że narkotyki powodują istotne obciążenia i szkody zdrowotne i że poziom ich konsumpcji zwiększa się w wielu krajach świata, nawet tych ze stosunkowo krótką historią używania substancji psychoaktywnych.

Globalnie 0,4% zgonów (0,2 miliona) i 0,8 tzw. utraconych lat życia (11,2 miliona) generowanych jest przez sytuacje związane w szerokim rozumieniu z używaniem narkotyków. Wskaźniki te są kilkukrotnie większe w populacji mężczyzn niż kobiet. W pewnych rejonach świata choroby związane z narkotykami stanowią od 2 do 4% wszystkich zachorowań występujących wśród populacji męskiej.

Coraz więcej państw akceptuje profilaktykę, terapię, redukcję szkód i represję jako cztery filary strategii prowadzenia polityki antynarkotykowej. Trzy z tych elementów związane są bezpośrednio z tematyką zdrowotną i stanowią bazową część reakcji państw na problemy niesione przez używanie narkotyków, definiowaną jako koncepcja zdrowia publicznego.

Zwiększające się koszty opieki zdrowotnej obserwowane we wszystkich krajach świata powodują, że coraz trudniej jest uzyskiwać fundusze na terapię wymagającą długofalowych oddziaływań, do jakich należy terapia uzależnień. Z takich przesłanek wypływa coraz częściej artykułowany postulat opierania zasad terapii i jej oczekiwanych wyników na udokumentowanych dowodach. Terapia uzależnień powinna za jeden z celów przywoływać efektywność i skuteczność rozumianą również w kategoriach finansowych.

Reakcje państw i rządów na problem narkotyków i narkomanii przyjmują różne formy prawne i organizacyjne. Modele polityk narkotykowych obejmują szerokie spektrum rozwiązań poczynając od tzw. wojny z narkotykami na liberalizacji i legalizacji narkotyków kończąc. Podejście odnoszące się do koncepcji zdrowia publicznego daje pierwszeństwo działaniom zapobiegawczym i leczeniu uzależnień. Działania prewencyjne postrzegane są również jako czynności pozwalające zaoszczędzić zasoby ludzkie i finansowe w stosunku do późniejszych ewentualnych kosztów leczenia osób używających substancje psychoaktywne i dlatego postrzegane są za priorytetowe.

Używanie substancji psychoaktywnych, legalnych i nielegalnych, stało się społeczną rzeczywistością. Narkotyki wymagają zajmowania się nimi w sposób realny i odpowiadający ich dynamice. Złożoność, wielowymiarowość problematyki narkotykowej polega na przenikaniu się wątków związanych z problematyką zdrowia, zagadnień społecznych, ekonomicznych i aspektów bezpieczeństwa. Stąd, szczególnie w jednoczącej się Europie, przy jej otwartych granicach, konieczne jest wypracowanie zintegrowanej międzynarodowej polityki narkotykowej, w której obecne są zarówno zagadnienia związane z ograniczaniem podaży, jak i popytu na substancje odurzające.

Terapia uzależnień pozwala na łagodzenie skutków i obciążeń, jakie ponosi społeczeństwo z powodu narkotyków, ale przede wszystkim jest realną szansą dla osób uzależnionych na osiągnięcie poprawy zdrowia, zdrowienie i wyzdrowienie. Obecny stan wiedzy uprawnia do stwierdzenia, że choć uzależnienie jest zaburzeniem przewlekłym i nawracającym, to po-



przez terapię możemy je kontrolować. Z jednej strony możemy stwierdzić, że leczenie uzależnień jest skuteczne i stale poprawia swą efektywność. Z drugiej warto zauważyć, że zaniechanie oferty terapeutycznej pociąga za sobą takie skutki, jak: zwiększenie zjawisk przemyocy i przestępczości, pogorszenie ogólnego stanu zdrowia, pogorszenie stanu rodziny i wiele innych negatywnych skutków społecznych, a w efekcie zwiększenie kosztów społecznych, w tym zwiększenie nakładów na leczenie i pomoc społeczną.

## **BEHANDLUNG DER ABHÄNGIGKEIT VON PSYCHOAKTIVEN SUBSTANZEN IM ZUSAMMENHANG MIT DER PROBLEMATIK DER ÖFFENTLICHEN GESUNDHEIT**

**Piotr Jabłoński**

Das Landesbüro für Entgegenwirkung der Drogensucht, Warszawa

Die Erscheinung des Genusses von illegalen psychoaktiven Substanzen beinhaltet in sich, gemäß der Ansicht, die zum Ausdruck im Bericht über Gesundheitszustand in der Welt (WHO 2002) gebracht wurde, auch das Problem eines nicht medizinischen Konsumierens der Medikamente und Substanzen vom verschiedenen Typ, die unter Kontrolle des internationalen Rechts stehen. Die gegenwärtigen Analysen konzentrieren sich vor allem auf die Gefährdungen, die durch intravenöses Einspritzen von Amphetaminen- und Opioiden-abkömmlingen herbeigeführt werden. Andere illegale Mittel, wie Extasy, flüchtige Stoffe und Hanf, sind gemäß dem Bericht nicht ausreichend durch wissenschaftliche Forschungen in Bezug auf Größe und Qualität ihres Einflusses auf den allgemeinen Zustand der Gesundheitsgefährdung dokumentarisch belegt. Da das Drogeneinnehmen meistens eine illegale und verheimlichte Erscheinung ist, ist daher die Beobachtung, sowohl der sich ändernden Muster ihrer Einnahme, als auch der neu erscheinenden ungünstigen Gesundheitskonsequenzen, erschwert. Trotz dieser Schwierigkeiten ist es ersichtlich, daß die Drogen wesentliche gesundheitliche Belastungen und Schäden herbeiführen, und daß ihr Konsumniveau in vielen Ländern der Welt steigt, sogar in diesen Ländern, die eine relativ kurze Geschichte im Genuß von psychoaktiven Substanzen haben.

Global gesehen 0,4% Todesfälle (0,2 Million) i 0,8 der sog. verlorenen Lebensjahre (11,2 Millionen) werden durch die Situationen, die im weiten Sinne mit dem Drogeneinnehmen verbunden sind, generiert. Diese Zahlangaben sind mehrmals häufiger in der Männer- als in der Frauenpopulation verbreitet. In einigen Weltregionen machen die mit den Drogen verbundenen Krankheiten von 2 bis 4 % aller Erkrankungen aus, die in der Männerpopulation vorkommen.

Immer mehr Staaten akzeptieren Prophylaxe, Therapie, Schädenreduktion und Repression als vier Strategiepfiler der Antidrogenpolitik. Drei von diesen Elementen sind direkt mit dem gesundheitlichen Themenkreis verbunden, und sie bilden einen Basisteil der Reaktionen von Staaten auf die Probleme, die durch das Drogeneinnehmen herbeigeführt werden; der Teil wird als Konzept der öffentlichen Gesundheit definiert.

Die steigenden Kosten der Gesundheitsbetreuung, beobachtet in allen Ländern der Welt, haben es zur Folge, daß es immer schwieriger ist, Kapitalien für eine Therapie zu gewinnen, die der langfristigen Beeinflussungen bedarf, zu der die Abhängigkeitstherapie gehört. Aus solchen Voraussetzungen ergibt sich also immer häufiger artikuliert Forderung, die Therapiegrundsätze und ihre erwarteten Ergebnisse auf den dokumentarisch belegten Beweisen zu

stützen. Die Abhängigkeitstherapie soll als eins der Ziele Effektivität und Wirksamkeit haben, verstanden auch in Finanzkategorien.

Die Reaktionen der Staaten und Regierungen auf das Problem der Drogen und der Drogensucht, nehmen verschiedene Rechts- und Organisationsformen an. Die Modelle der Anti-drogenpolitik umfassen ein breites Spektrum der Lösungen, angefangen vom sog. Krieg gegen Drogen bis zur Liberalisierung und Drogenlegalisierung. Die Auffassung, die sich auf das Konzept der öffentlichen Gesundheit bezieht, gibt den Vorrang den Vorbeugungshandlungen und der Abhängigkeitsbehandlung. Präventive Maßnahmen werden auch als Tätigkeiten wahrgenommen, die erlauben, menschliche- und finanzielle Ressourcen zu sparen, im Verhältnis zu den späteren eventuellen Behandlungskosten der Personen, die psychoaktive Substanzen gebrauchen, und deswegen sind sie als vorrangig wahrgenommen.

Der Gebrauch von den psychoaktiven, legalen und illegalen, Substanzen, ist zur gesellschaftlichen Wirklichkeit geworden. Drogen erfordern es, daß man sich mit ihnen in der realen und ihrer Dynamik entsprechenden Weise beschäftigt. Die Kompliziertheit, die Mehrdimensionalität der Drogenproblematik beruht darauf, daß die Fäden, die mit der Gesundheitsproblematik verbunden sind, der gesellschaftlichen Fragenkomplexen, der Sicherheitsaspekte und die ökonomischen Fäden, sich einander überlappen. Daher, besonders in dem erscheidenden Europa, bei den offenen europäischen Grenzen, ist es notwendig eine integrierte internationale Drogenpolitik auszuarbeiten, in der anwesend sind sowohl die Fragenkomplexe der Beschränkung des Angebots, als auch der Nachfrage nach den Rauschmitteln.

Die Abhängigkeitstherapie erlaubt die Milderung der Folgen und Belastungen, die die Gesellschaft wegen der Drogen trägt, vor allem jedoch ist sie eine reale Chance die Gesundheit zu verbessern, eine Chance auf Gesundung und Genesung für abhängigkeitskranke Personen. Der jetzige Wissenszustand erlaubt eine Feststellung, obwohl die Abhängigkeit eine chronische, rekurrierende Krankheit ist, daß wir sie durch eine Therapie kontrollieren können. Einerseits können wir feststellen, daß die Abhängigkeitsbehandlung wirksam ist, und ständig ihre Effektivität verbessert. Andererseits ist es bemerkenswert, daß das Verzichten auf das therapeutische Angebot folgendes zur Folge hat: Anstieg der Gewalterscheinungen und der Kriminalität, Abschwächung eines allgemeinen Gesundheitszustandes, Abschwächung der Familie und viele andere negative gesellschaftlichen Folgen, und im Endeffekt Anstieg der Sozialkosten, darunter Anstieg des Aufwands auf Behandlung und Sozialhilfe.

## **MECHANIZMY UZALEŻNIENIA I STRATEGIE TERAPII**

**Jerzy Mellibruda**

Institut Psychologii Zdrowia, Warszawa

1. Istotą uzależnienia jest zaburzenie i ograniczenie zdolności do konstruktywnej kontroli zachowania powodującego szkody. W przypadku uzależnienia od substancji chemicznych szkodliwym zachowaniem jest picie alkoholu lub zażywanie środków psychoaktywnych. Należy odróżniać uzależnienie od ostrych i przewlekłych skutków nadużywania alkoholu i substancji, w zakresie zdrowia oraz problemów osobistych i społecznych. Specyficzne dla uzależnienia zaburzenie kontroli powoduje, iż mimo tych szkód osoba uzależniona nadal pije, a kiedy podejmuje próby powstrzymania picia, doznaje powtarzających się porażek.

2. Uzależnienie od substancji chemicznych powstaje w okresie, w którym człowiek pije alkohol i/lub zażywa substancje psychoaktywne – jest efektem interakcji czynni-

ków ryzyka związanych z procesami biochemicznymi, środowiskowymi i psychologicznymi.

Obejmują one m.in.:

- biologiczne czynniki ryzyka związane z podwyższoną tolerancją na substancję, zwiększeniem intensywności reakcji psychofarmakologicznej na substancję, deficytami biochemicznych regulatorów stanów psychicznych istotnych dla uzyskiwania dobrostanu
- środowiskowe czynniki związane z dostępnością, obecnością i promocją substancji chemicznych w sytuacjach życiowych ważnych dla osoby
- psychologiczne zjawiska emocjonalne, umysłowe i interpersonalne, które zwiększają atrakcyjność biologicznych i środowiskowych czynników ryzyka oraz upośledzają zdolność do samokontroli szkodliwych zachowań.

3. Osoby zatrudnione w zawodach medycznych (lekarze, pielęgniarki) funkcjonują w sytuacjach o podwyższonym poziomie środowiskowych i psychologicznych czynników ryzyka uzależnienia. Należą do nich m.in. wysoki poziom stresu zawodowego i odpowiedzialności, dostępność substancji oraz przyzwalające nastawienia wobec uśmierzania przykrych stanów emocjonalnych poprzez zażywanie substancji chemicznych. Dlatego konieczne jest tworzenie programów profilaktyki obejmujących oddziaływania edukacyjne i wdrażanie metod wczesnego rozpoznawania sygnałów ostrzegawczych i krótkiej interwencji behawioralno-poznawczej.

4. Specyficzne dla uzależnienia zaburzenie zdolności do kontroli szkodliwego zachowania powoduje, że oddziaływania edukacyjne i profilaktyczna interwencja są nieskuteczne wobec osób uzależnionych. Konieczna jest więc specjalistyczna terapia uzależnienia, ukierunkowana na zmianę mechanizmów przyczynowych tego zaburzenia. Uzależnienie od substancji chemicznych jest wyodrębnioną i specyficzną formą zaburzeń i nie powinno być traktowane jako jedynie objaw innych zaburzeń lub problemów osobistych.

5. Specyficzne dla osób uzależnionych zaburzenie kontroli jest wypadkową działania trzech mechanizmów, które są odpowiedzialne za:

- zaburzenia procesów emocjonalnych, zwiększające częstość i intensywność pojawiania się pragnienia picia lub zażycia substancji,
- poważne zniekształcenia procesów poznawczych związanych z rozpoznawaniem szkód i konsekwencji picia lub zażywania oraz z posiadaniem adekwatnego systemu orientacji w tym zakresie,
- dezintegracją psychologicznych podstaw podejmowania i realizowania decyzji dotyczących własnego postępowania.

6. Mechanizmy te powodują, iż mimo narastających szkód zdrowotnych, zawodowych i osobistych, osoba uzależniona pije lub zażywa nadal a doświadczanie negatywnych konsekwencji picia potęguje działanie tych mechanizmów. W polskiej praktyce klinicznej terapii uzależnień mechanizmy te są określane jako:

- mechanizm nałogowego regulowania emocji,
- mechanizm iluzji i zaprzeczania,
- mechanizm rozpraszenia i rozdawania JA.

7. Na skutek działania mechanizmu iluzji i zaprzeczania, większość osób uzależnionych przed rozpoczęciem terapii neguje fakt uzależnienia i unika terapii – nie należy więc oczekiwać u tych pacjentów dużej motywacji do terapii, w szczególności gdy zakłada się cel abstynencyjny.

Dlatego na ogół czynnikiem decydującym o rozpoczęciu terapii jest presja zewnętrznych czynników (interwencje rodziny, pracodawców, groźby sankcji, drastyczne wydarzenia

spowodowane nietrzeźwością itd.) lub zagrożenia zdrowia somatycznego. Presja ta powinna być ukierunkowana na rozpoczęcie leczenia a nie zaprzestanie picia, ponieważ wtedy jest nieskuteczna.

Właściwe przygotowanie i ukierunkowanie presji otoczenia, motywujące osobę uzależnioną do leczenia, może odgrywać bardzo istotną rolę w zmniejszaniu destrukcji zdrowotnej i psychospołecznej, związanej z opóźnianiem się momentu rozpoczęcia terapii. Wydaje się, że w przypadku pacjentów ze środowisk medycznych możliwość przygotowania i przeprowadzenia takich interwencji motywujących byłaby szczególnie cenna i możliwa.

8. Opracowanie strategii i procedur prowadzenia interwencji motywujących do leczenia dla lekarzy i pielęgniarek oraz przeszkolenie odpowiednio dobranych osób ze środowisk medycznych jest szczególnie ważne i potrzebne. Instytut Psychologii Zdrowia rozpoczął przygotowania do opracowania takiego programu.

9. Obraz kliniczny pacjenta uzależnionego, rozpoczynającego terapię uzależnienia, obejmuje często kilka grup czynników, które mogą wymagać różnych oddziaływań. Oprócz mechanizmów uzależnienia, których zatrzymanie i rozbijanie jest podstawowym celem psychoterapii uzależnienia, bardzo często występują:

– poważne zaburzenia zdrowia somatycznego i sytuacyjne stany intoksykacji, które wymagają odrębnych interwencji medycznych,

– poważne problemy osobiste i zaburzenia emocjonalne wynikające z wcześniejszych okresów życia i zaburzeń życia rodzinnego, które będą wymagały pogłębionej pomocy psychologicznej po przejściu podstawowej terapii uzależnienia i utrwalenia abstynencji,

– problemy społeczno-bytowe, związane z sankcjami prawnymi, ubóstwem i brakiem pracy oraz kompetencji, które mogą wymagać interwencji socjalnych.

10. Pracę psychoterapeutyczną z osobą uzależnioną możemy podzielić na trzy etapy:

a) Nawiązanie wstępnego kontaktu i zawarcie kontraktu terapeutycznego,

b) Podstawową psychoterapię uzależnienia, której cele obejmują pomoc:

– w utrwaleniu abstynencji od alkoholu i innych substancji,

– w rozwiązywaniu problemów osobistych występujących w pierwszym okresie abstynencji,

c) Pogłębioną psychoterapię osoby uzależnionej, której cele obejmują:

– usuwanie zaburzeń emocjonalnych i poprawę zdrowia psychicznego,

– wspieranie rozwoju osobistego.

11. Zadania i strategie psychoterapii uzależnienia są określane w sposób zróżnicowany dla podstawowych tematów pracy psychoterapeutycznej z osobą uzależnioną, które obejmują:

a) Rozpoczynanie procesu zmiany:

– nawiązanie wstępnego kontaktu,

– rozpoznanie problemów życiowych i ich związku z pićciem,

– wzbudzenie motywacji do zmiany i leczenia.

b) Akceptacja konieczności utrzymywania abstynencji:

– zrozumienie uzależnienia i zasad terapii,

– rozpoznanie własnego uzależnienia,

– uznanie bezsilności wobec alkoholu,

– zmiana tożsamości alkoholowej pacjenta,

– radzenie sobie z pragnieniem i głodem alkoholu,

– wycofywanie się z sytuacji wysokiego ryzyka,

– budowa konstruktywnego środowiska osobistego.

c) Rozbijanie mechanizmów uzależnienia:

- zmiana mechanizmu nałogowej regulacji emocji i uczenie konstruktywnych form kontaktu z emocjami,
- zmiana mechanizmu iluzji i zaprzeczania oraz uczenie racjonalnego myślenia,
- zmiana mechanizmu rozpraszania i rozdawiania JA oraz budowanie realistycznego obrazu siebie i integracja JA.

d) Radzenie sobie z nawrotami:

- rozpoznawanie nawrotu,
- zatrzymywanie nawrotu,
- uczenie się umiejętności zapobiegania nawrotom.

e) Rozwijanie umiejętności życiowych pacjenta:

- rozwijanie umiejętności intrapersonalnych,
- rozwijanie umiejętności interpersonalnych,
- rozwijanie umiejętności zadaniowych.

f) Rozwiązywanie problemów osobistych:

- zmiana tendencji autodestrukcyjnych,
- zmiana destrukcyjnych form relacji z otoczeniem,
- praca nad innymi problemami emocjonalnymi,
- budowanie pozytywnej wizji własnego życia i rozwój osobisty,
- zwrócenie się w stronę wartości i duchowych aspektów życia.

12. Metodyka i technologia psychoterapii uzależnienia obejmuje przede wszystkim:

- mikroedukację terapeutyczną,
- zorganizowaną autoanalizę i zmianę schematów myślenia i postępowania,
- tworzenie okazji dla korektywnych i konstruktywnych doświadczeń osobistych
- modelowanie i wzmacniania pozytywnych wzorów postępowania i myślenia,
- ćwiczenie umiejętności interpersonalnych i intrapersonalnych
- osobisty Plan Terapii zawierający planowane formy aktywności pacjenta.
- współpracę z AA i innymi środowiskami samopomocy

13. Strategia pomocy osobom uzależnionych powinna moim zdaniem koncentrować się przede wszystkim na:

- a) profilaktycznej edukacji całego środowiska medycznego pomocnej w lepszym zrozumieniu procesu uzależniania i we wcześniejszym dostrzeganiu sygnałów ostrzegawczych,
- b) stworzeniu szerokiej możliwości procedury wczesnej diagnozy i krótkiej interwencji służącej ograniczeniu ryzykownego picia przed wystąpieniem uzależnienia,
- c) wdrażaniu wobec osób uzależnionych interwencji motywującej do terapii uzależnienia.

14. Prowadzenie psychoterapii uzależnionych przedstawicieli zawodów medycznych nie wymaga odrębnych w stosunku do istniejących rozwiązań organizacyjnych - należy się jednak wystrzegać opierania pomocy dla tych osób na leczeniu farmakologicznym.

## **ABHÄNGIGKEITSMEECHANISMEN UND THERAPIESTRATEGIEN**

**Jerzy Mellibruda**

Das Institut für Gesundheitspsychologie, Warszawa

1. Das Wesen der Abhängigkeit ist eine Störung und eine Beschränkung der Fähigkeit zur konstruktiven Kontrolle des Verhaltens, das die Schäden herbeiführt. Im Falle der Abhängigkeit von chemischen Substanzen stellt das Alkoholtrinken und der Gebrauch der psychoakti-

ven Mittel ein schädliches Verhalten dar. Man muß eine Abhängigkeit von den akuten und chronischen Folgen des Alkohol- und Substanzen-mißbrauchs unterscheiden, im Bereich der Gesundheit sowie der persönlichen- und gesellschaftlichen Problemen. Die für Abhängigkeit spezifische Störung der Kontrolle verursacht, daß die abhängigkeitskranke Person, trotz dieser Schäden, weiterhin Alkohol trinkt, und wenn sie versucht, mit dem Trinken aufzuhören, erleidet sie wiederkehrende Niederlagen.

2. Die Abhängigkeit von den chemischen Substanzen entsteht im Zeitraum, in dem der Mensch Alkohol trinkt und/oder psychoaktive Substanzen gebraucht - und ist Ergebnis der Interaktionen von den Risikofaktoren, die mit den biochemischen-, psychologischen- und Milieuvorgängen verbunden sind.

Sie umfassen u.a.;

- biologische Risikofaktoren, verbunden mit erhöhter Substanztoleranz, mit Intensivitätserhöhung der psychopharmakologischen Substanzreaktion, mit den Defiziten der biochemischen Regler der Seelenzustände, die wichtig für die Erreichung des Wohlzustandes sind

- Milieufaktoren, verbunden mit Zugänglichkeit, Vorhandensein und Promoten von chemischen Substanzen in den für die Person wichtigen Lebens-situationen

- psychologische-, emotionale-, geistige- und interpersonale Erscheinungen, die die Attraktivität der biochemischen- und Milieurisikofaktoren erhöhen und beeinträchtigen die Fähigkeit zur Selbstkontrolle von schädlichen Verhaltensarten.

3. Die in den medizinischen Berufen angestellten Personen (Ärzte, Krankenschwestern) arbeiten in den Situationen mit dem erhöhten Niveau von Milieu- und psychologischen Abhängigkeitsrisikofaktoren. Zu ihnen gehören u.a. hohes Berufsstreß- und Verantwortungsniveau, Zugänglichkeit von Substanzen sowie zustimmende Einstellungen gegenüber der Besänftigung von unangenehmen emotionalen Zuständen durch Substanzgebrauch. Deswegen ist es notwendig, Prophylaxeprogramme zu schaffen, die Bildungsauswirkungen und Einleitung von Methoden für frühzeitige Diagnose der Warnsignale und kurze behavioristische Erkenntnisintervention umfaßen.

4. Abhängigkeitsspezifische Störung der Fähigkeit zur Kontrolle eines schädlichen Verhaltens verursacht, daß die Bildungsauswirkungen und prophylaktische Intervention gegenüber den abhängigkeitskranken Personen unwirksam sind. Notwendig ist also eine Fachtherapie der Abhängigkeit, ausgerichtet auf Änderung von Ursachenmechanismen dieser Störung. Die Abhängigkeit von chemischen Substanzen ist eine getrennte und spezifische Störungsform, und soll allein als ein Symptom anderer Störungen oder persönlicher Probleme nicht behandelt werden.

5. Die für abhängigkeitskranken Personen spezifische Kontrollstörung ist die Wirkungsergebnisante von drei Mechanismen, die verantwortlich sind für;

- Störungen von emotionalen Vorgängen, die Häufigkeit und Intensivität des Vorkommens von Trinken- oder Substanzgebrauchbegehrung erhöhen

- ernsthafte Deformationen von Erkenntnisvorgängen, die mit dem Erkennen der Trinken- oder Substanzgebrauchschäden und -konsequenzen sowie mit der Verfügung über ein adäquates Orientierungssystem in diesem Bereich verbunden sind

- Desintegration von psychologischen Grundlagen fürs Treffen und Umsetzen der Entscheidungen, die eigenes Verhalten betreffen.

6. Trotz der immer größer werdenden gesundheitlichen-, beruflichen- und persönlichen Schäden, verursachen diese Mechanismen es, daß die abhängigkeitskranke Person weiterhin



Alkohol trinkt oder Substanzen gebraucht, und die Erfahrung der negativen Trinkenkonsequenzen steigert die Wirkung dieser Mechanismen. In der polnischen Praktik der klinischen Abhängigkeitstherapie, werden diese Mechanismen bestimmt als;

- Mechanismus der suchtkranken Emotionenregulierung
- Mechanismus der Illusion und der Verneinung
- Mechanismus der Verstreuung und der Spaltung des ICH

7. Infolge des Illusions- und Verneinungsmechanismus, vor dem Therapieanfang, bestreiten die meisten abhängigkeitskranken Personen die Tatsache der Abhängigkeit und vermeiden die Therapie – man soll daher bei diesen Patienten nicht erwarten, daß sie ein hohes Motivationsniveau zur Therapie haben, insbesondere wenn man als Ziel Abstinenz voraussetzt.

Ein Faktor, der über den Therapieanfang entscheidet, ist deswegen im allgemeinen der Außenfaktorendruck (Interventionen der Familie, der Arbeitgeber, Sanktionen-gefahr, drastische Ereignisse, herbeigeführt durch Trunkenheit usw.) oder eine akute Gefährdung der somatischen Gesundheit. Dieser Druck soll darauf ausgerichtet werden, daß die Behandlung anfängt, und nicht darauf, daß der Betroffene mit dem Trinken aufhört, denn dieser Druck ist dann unwirksam.

Eine richtige Vorbereitung und Ausrichtung des Druckes der Umgebung, der die abhängigkeitskranke Person zur Behandlung motiviert, kann eine sehr wesentliche Rolle bei der Verminderung der gesundheitlichen- und psychosozialen Destruktion spielen, die mit der Verzögerung des Therapieanfangs verbunden ist. Wie es scheint, bei Patienten aus den medizinischen Kreisen, wäre die Möglichkeit, solche Motivationsinterventionen vorzubereiten und durchzuführen, besonders wertvoll und möglich.

8. Bearbeitung der Strategie und Vorgehensweisen für Durchführung von behandlungsmotivierenden Interventionen für Ärzte und Krankenschwestern, sowie Schulung von entsprechend ausgewählten Personen aus den medizinischen Kreisen, ist besonders wichtig und notwendig. Das Institut für Gesundheits-psychologie begann mit den Vorbereitungen zur Bearbeitung eines solchen Programms.

9. Das klinische Gesamtbild eines abhängigkeitskranken Patienten, der mit der Abhängigkeitstherapie anfängt, umfaßt oft einige Faktorengruppen, die verschiedener Beeinflussungen bedürfen können. Außer den Abhängigkeits-mechanismen, deren Stoppen und Entwaffnung das Hauptziel der Abhängigkeits-psychotherapie ist, kommen sehr oft vor;

- ernsthafte Störungen der somatischen Gesundheit und Situations-intoxikationszustände, die der gesonderten medizinischen Interventionen bedürfen;
- ernsthafte persönliche Probleme und emotionale Störungen, die aus früheren Lebenszeiträumen und Störungen des Familienlebens hervorgehen; sie werden, nach Abschluß der Grundabhängigkeitstherapie und nach Festigung der Abstinenz, einer verstärkten psychologischen Hilfe bedürfen
- Sozial-Existenz-Probleme, verbunden mit rechtlichen Sanktionen, Armut und damit, daß der Betroffene keine Arbeit und Zuständigkeiten hat; diese Probleme können einer sozialen Intervention bedürfen.

10. Die psychotherapeutische Arbeit mit der abhängigkeitskranken Person können wir in drei Etappen aufteilen;

- a) die erste Kontaktaufnahme und Abschluß des therapeutischen Vertrages
- b) Grundabhängigkeitstherapie, deren Ziele eine Hilfe beinhalten;
  - bei Festigung der Abstinenz von Alkohol und anderen Substanzen
  - bei Lösung von persönlichen Problemen, die in der ersten Abstinenz-periode auftreten

- c) Verstärkte Psychotherapie der abhängigkeitskranken Person, deren Ziele umfassen:
  - Behebung von emotionalen Störungen und Verbesserung der psychischen Gesundheit
  - Förderung der persönlichen Entwicklung

11. Die Aufgaben und Strategien der Abhängigkeitspsychotherapie werden unterschiedlich bestimmt, für Hauptthemen der psychotherapeutischen Arbeit mit der abhängigkeitsskranken Person, die umfassen;

- a) Beginnen mit dem Änderungsvorgang
    - die erste Kontaktaufnahme
    - Erkennen von Lebensproblemen und ihrer Verbindung mit dem Trinken
    - Erwecken von Motivation zur Änderung und Behandlung
  - b) Akzeptierung der Notwendigkeit von Abstinenzbeibehaltung
    - Verstehen der Abhängigkeit und der Therapiegrundsätze
    - Erkennen der eigenen Abhängigkeit
    - Anerkennung seiner Machtlosigkeit dem Alkohol gegenüber
    - Änderung der Alkoholidentität des Patienten
    - Fertig werden mit dem Alkoholdurst und -hunger
    - Zurückziehen von den Situationen des großen Risikos
    - Schaffen einer konstruktiven persönlichen Umgebung
  - c) Entwaffnung von Abhängigkeitsmechanismen
    - Änderung vom Mechanismus der suchtkranken Emotionenregulierung und Beibringen von konstruktiven Kontaktformen mit Emotionen
    - Änderung vom Illusion- und Verneinungsmechanismus und Beibringen eines rationalen Denkens
      - Änderung vom Mechanismus der Verstreuung und der Spaltung des ICH sowie das Formen eines realistischen Selbstbildes und Integration des ICH
  - d) Fertig werden mit Rückfällen
    - Erkennen eines Rückfalls
    - Stoppen eines Rückfalls
    - Lernen der Fertigkeit, den Rückfällen vorzubeugen
  - e) Entwickeln von Lebensfertigkeiten des Patienten
    - Entwickeln von intrapersonalen Fertigkeiten
    - Entwickeln von interpersonalen Fertigkeiten
    - Entwickeln von Aufgabenfertigkeiten
  - f) Lösen von persönlichen Problemen
    - Änderung von autodestruktiven Tendenzen
    - Änderung von destruktiven Relationsformen mit der Umgebung
    - Arbeit an anderen emotionalen Problemen
    - Formen einer positiven Vision des eigenen Lebens und persönliche Entwicklung
    - Ausrichtung auf Werte und geistige Lebensaspekte
12. Die Methodik und die Abhängigkeitspsychotherapietechnologie umfaßt vor allem;
- therapeutische Mikrobildung,
  - organisierte Autoanalyse und Änderung von Denkens- und Verhaltensschemata,
  - Kreation von Gelegenheiten zu korrektiven und konstruktiven persönlichen Erfahrungen
  - Modellieren und Stärken von positiven Verhaltens- und Denkmustern,
  - Üben von inter- und intrapersonalen Fertigkeiten
  - Persönlicher-Therapie-Plan, der geplante Aktivitäten des Patienten beinhaltet.

– Zusammenarbeit mit AA [Anonyme Alkoholiker - Selbsthilfegruppen] und anderen Selbsthilfekreisen.

13. Meiner Meinung nach soll sich die Hilfestrategie für abhängigkeitskranke Menschen vor allem darauf konzentrieren;

a) prophylaktische Bildung des ganzen medizinischen Milieu, behilflich bei besserem Verständnis des Abhängigkeitsvorgangs und bei früherem Wahrnehmen von Warnsignalen

b) Schaffen von großer Möglichkeit der Vorgehensweise der frühen Diagnose und der kurzen Intervention, zur Beschränkung des risikoreichen Trinkens vor dem Abhängigkeit-saufreten

c) Einleitung der zur Abhängigkeitstherapie motivierenden Intervention gegenüber den abhängigkeitskranken Personen.

14. Führung der Psychotherapie für abhängigkeitskranke Vertreter der medizinischen Berufe bedarf keiner gesonderten Organisationslösungen, als die zur Zeit vorhandenen Lösungen – man soll sich aber davor hüten, die Hilfe für diese Personen auf die Pharmakotherapie zu stützen.

## **DEUTSCHE SUCHTSTIFTUNG – MATTHIAS GOTTSCHALDT**

### **Götz Mundle**

Prof. Dr. Matthias Gottschaldt Stiftung, Oberberg Klinik Schwarzwald

Die DEUTSCHE SUCHTSTIFTUNG – MATTHIAS GOTTSCHALDT hat den Auftrag durch einen intensiven Dialog zwischen Gesellschaft, Wissenschaft, Wirtschaft und Politik die Entstigmatisierung von Suchterkrankungen voranzutreiben und die Anerkennung von Sucht als Krankheit in der Gesellschaft zu erreichen.

Öffentlich geäußerte Ansichten über die Entstehung und Behandlung von Süchten beruhen selten auf solidem Wissen. Massive Aufklärungsarbeit ist zu leisten und die Forschung auf diesem Gebiet zu unterstützen. Die Stiftung will helfen, Wege aus der Sucht zu weisen, die wissenschaftlich gesichert und praktikabel sind.

Die DEUTSCHE SUCHTSTIFTUNG – MATTHIAS GOTTSCHALDT fördert die gesellschaftlich dringend gebotene Öffnung aller Fragen zu jeglicher Art von Abhängigkeiten. Sie fördert frühzeitige Prävention, wirksame Therapie und intensive Suchtforschung.

Besondere Leistungen auf diesem Gebiet werden alle zwei Jahre mit dem Wilhelm-Feuerlein-Forschungspreis gewürdigt.

Die Stiftung engagiert sich für die Idee einer gut informierten Wissensgesellschaft, in der ein verantwortungsvoller Umgang mit Abhängigkeiten Schritt für Schritt Wirklichkeit wird. Die öffentliche Diskussion regt jeden Einzelnen an, in kritischer Selbstverantwortung das eigene Verhalten im Umgang mit Genussmitteln ehrlich einzuschätzen und rechtzeitig Hilfe anzunehmen.

### **Namensgeber**

Die DEUTSCHE SUCHTSTIFTUNG MATTHIAS GOTTSCHALDT ist benannt nach dem Mann, der durch einen offensiven und ehrlichen Umgang mit seiner eigenen Alkoholabhängigkeit für viele ein positives Leitbild war und so die Akzeptanz dieser Erkrankung in der Gesellschaft erhöhte. Sucht war für ihn keine stigmatisierende Erkrankung, sondern eine Chance zur konstruktiven persönlichen Weiterentwicklung.

Sein eigener Weg aus der Alkoholabhängigkeit inspirierte ihn, neue Impulse für die Suchtforschung und Suchtbehandlung zu geben. 1984 gründete er die Oberbergkliniken und schlug

damit für Abhängigkeitskranke einen neuen Therapieweg ein. 1998 verstarb er bei einem Flugzeugabsturz.

### **Aktivitäten der Stiftung**

Um die Diskussion und den Erfahrungsaustausch unter Ärzten, Wissenschaftlern und in der Öffentlichkeit zu fördern, führt die DEUTSCHE SUCHTSTIFTUNG MATTHIAS GOTTSCHALDT in regelmäßigen Abständen Symposien, Expertentagungen, Antistigma-Aktivitäten und Gesprächsreihen durch. Beispiele hierfür sind:

Menschen am Gendarmenmarkt – Wege aus der Abhängigkeit; eine Gesprächsreihe mit Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens:

- Symposien zum Thema Sucht;
- Expertengespräche (z.B. zum Thema Ärzte Gesundheit);
- Unterstützung von Kongressen;
- Förderung suchtspezifischer Projekte;
- Wilhelm Feuerlein Forschungspreis.

Diese Aktivitäten verdanken wir Menschen und Institutionen, die sich bereits jetzt für die Deutsche Suchtstiftung Matthias Gottschaldt engagieren.

## **DEUTSCHE SUCHTSTIFTUNG – MATTHIAS GOTTSCHALDT**

### **Götz Mundle**

Prof. Dr. Matthias Gottschaldt Stiftung,  
Oberberg Klinik Schwarzwald

FUNDACJA „DEUTSCHE SUCHTSTIFTUNG – MATTHIAS GOTTSCHALDT”, poprzez intensywny dialog pomiędzy społeczeństwem, nauką, gospodarką i polityką, ma zadanie dążyć do osiągnięcia stanu odstygmatyzowania zaburzeń związanych z uzależnieniami oraz osiągnąć uznanie uzależnień za chorobę społeczną.

Publicznie wyrażane poglądy dotyczące genezy i leczenia uzależnień rzadko opierają się na rzetelnej wiedzy. Należy wykonać ogromną pracę uświadamiającą oraz wspierać badania naukowe w tej dziedzinie. Fundacja ta chce pomóc pokazywać sprawdzone naukowo i klinicznie sposoby drogi wychodzenia z uzależnień.

FUNDACJA „DEUTSCHE SUCHTSTIFTUNG – MATTHIAS GOTTSCHALDT” wspiera otwartą społeczną dyskusję o wszystkich kwestii dotyczących wszelkiego rodzaju uzależnień. Wspiera też wczesne zapobieganie, skuteczną terapię i intensywne badania naukowe dotyczące uzależnień.

Szczególne osiągnięcia w tej dziedzinie są co dwa lata honorowane nagrodą w dziedzinie badań naukowych im. Wilhelma Feuerleina.

Fundacja angażuje się dla idei dobrze poinformowanego społeczeństwa, w którym stopniowo urzeczywistnia się odpowiedzialne postępowanie z uzależnieniami. Otwarta dyskusja jest bodźcem, by odpowiedzialność za samego siebie i rzetelnej oceny własnego zachowania z substancjami uzależniającymi oraz wczesnego otrzymania pomocy.

Fundacja „DEUTSCHE SUCHTSTIFTUNG MATTHIAS GOTTSCHALDT” została tak nazwana na cześć człowieka, który poprzez odważne i uczciwe postępowanie ze swoim własnym uzależnieniem alkoholowym był dla wielu pozytywnym wzorem i w ten sposób zwiększał akceptację tej choroby w społeczeństwie. Uzależnienie nie było dla niego chorobą stygmatyzującą, lecz szansą na dalszy konstruktywny rozwój osobisty.

Własna droga wychodzenia z uzależnienia od alkoholu inspirowała go do tego, by dawać nowe impulsy dla badań naukowych nad uzależnieniami i dla leczenia uzależnień. W 1984r założył kliniki w Oberberg i zapoczątkował tym samym nową drogę terapii dla osób uzależnionych. W 1998 roku zginął w katastrofie lotniczej.

### **Działalność fundacji**

W celu wspierania dyskusji i wymiany doświadczeń wśród lekarzy, naukowców i w życiu publicznym, fundacja „DEUTSCHE SUCHTSTIFTUNG MATTHIAS GOTTSCHALDT” przeprowadza regularnie sympozja, konferencje ekspertów, działalność przeciw stygmatyzowaniu problemu oraz debaty. Przykładami na to są:

– Menschen am Gendarmenmarkt – drogi wyjścia z uzależnienia; debaty z osobistościami życia publicznego;

– Sympozja na temat uzależnień;

– Dyskusje ekspertów (np. na temat zdrowia lekarzy);

– Wspieranie kongresów;

– Wspieranie projektów specyficznych dla uzależnień;

– Nagroda w dziedzinie badań naukowych im. Wilhelma Feuerleina.

Działalność tę zawdzięczamy ludziom i instytucjom, które już teraz się angażują na rzecz fundacji „Deutsche Suchtstiftung Matthias Gottschaldt”.

## **BEHANDLUNGSKONZEPT FÜR SUBSTANZABHÄNGIGE ÄRZTINNEN UND ÄRZTE**

### **Götz Mundle**

Prof. Dr. Matthias Gottschaldt Stiftung, Oberberg Klinik Schwarzwald

In Zusammenarbeit mit Ärztekammern wurde von Prof. Dr. med. Matthias Gottschaldt zu Beginn der 90iger Jahre ein Rehabilitationskonzept entwickelt und in der Praxis erprobt, das besonders auf die berufliche Wiedereingliederung von Ärztinnen und Ärzten abgestellt war, die unter einer Substanzabhängigkeit leiden und denen dadurch berufsrechtliche Konsequenzen drohen. Das Konzept von Professor Gottschaldt, der als Betroffener in den 80iger Jahren mit der beruflichen und sozialen Dimension der Sucht konfrontiert wurde, wird nach seinem Unfalltod im August 1998 von entsprechend qualifizierten Fachärztinnen und -ärzten der Oberbergkliniken fortgeführt und hat sich auch bei vergleichbar Betroffenen anderer Berufsgruppen (z.B. Zahn- und Tierärzten; Apothekern; Juristen, Beamten verschiedener Dienstgebiete (z.B. Polizeibeamte, Lehrer) bewährt.

### **Behandlungselemente**

Erfolgreich und mit guter Prognose abgeschlossene stationäre Entwöhnungstherapie (i.d.R. in einer der Oberbergkliniken)

Umsetzen der für eine gute Prognose erforderlichen ambulanten poststationären Therapiemaßnahmen (i.d.R. ambulante suchtorientierte Psychotherapie und Besuch von Selbsthilfegruppen). Das berufliche nachstationäre Rehabilitationskonzept der Oberbergkliniken ersetzt keinesfalls eine ambulante Therapie („Nachsorge“) in Wohnortnähe und ist nur Teil einer umfassenden therapeutischen „Nachsorge“.

## **Durchführung**

Der Patient stellt sich nach erfolgreich abgeschlossener stationärer Therapie zunächst etwa einmal pro Monat in einer Oberbergklinik ambulant vor. Je nach Verlauf kann im Einzelfall nach ca. sechs Monaten auch ein sechswöchiger Abstand zwischen den Untersuchungen vereinbart werden.

abei werden folgende Leistungen erbracht:

- eingehende psychiatrische Untersuchung,
- psychiatrische Behandlung durch Exploration und eingehendes therapeutisches Gespräch,
- einschlägige Laboruntersuchungen,
- ggfs. körperliche Untersuchung,
- ggf. weitere diagnostische oder therapeutische Leistungen,
- ausführlicher, schriftlicher Krankheits- und Befundbericht.

Es wird insbesondere geprüft, ob Abstinenz von Alkohol, Medikamenten mit Suchtpotential und Drogen eingehalten wurde, die ambulante Nachbehandlung konsequent umgesetzt wurde und Selbsthilfegruppen besucht wurden. Im psychiatrischen Gespräch erfolgt die Exploration und Klärung, ob gravierende suchtspezifische Denkfehler und psychopathologische Rückfalldynamiken als Vorphase des stofflichen Rückfalles vorliegen. Anregungen zu einer konsequenten Rückfallprävention werden gegeben. Nach jedem Termin wird in einem ausführlichen schriftlichen Krankheits- und Befundbericht detailliert, objektiv und unabhängig auf die erhobenen Befunde eingegangen und eine Beschreibung des Therapieverlaufs inklusive einer Stellungnahme zur Prognose (bzw. zu vorgeschlagenen weiteren Therapiemaßnahmen falls erforderlich) abgegeben. Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Befunde und Diagnosen wird garantiert.

Der Patient erhält diesen schriftlichen Befundbericht, den er Dritten gegenüber zum Beleg des weiteren Verlaufs persönlich vorlegt. Mit diesen – zumeist den aufsichtführenden Stellen (z.B. Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen, Regierungspräsidien, Amtsärzten, Vorgesetzten, Behörden etc.) – muß das Rehabilitationskonzept vorher bindend vereinbart werden.

Ein weiterer wesentlicher Bestandteil des Rehabilitationskonzeptes ist, daß der betroffene Patient diesen Befundbericht seinen Disziplinarvorgesetzten, bzw. den entsprechenden aufsichtführenden Stellen (s. oben) regelmäßig im persönlichen Kontakt vorlegt. Im konkreten Ablauf bedeutet dies, daß der Betroffene einmal monatlich bei der entsprechenden Disziplinarstelle vorstellig wird, den Befundbericht mitbringt und auch ein kurzes persönliches Gespräch führt.

Nach den bisherigen Erfahrungen führt dieses Vorgehen dazu, daß die Disziplinarvorgesetzten bzw. die aufsichtführenden Amtspersonen selbst sich einen Eindruck vom Verlauf machen und vom Aspekt her die Entwicklung beim Patienten verfolgen können. Dies stellt aus unserer Sicht eine wesentliche Ergänzung der von uns im therapeutischen Befundbericht dargelegten Sachlage dar und kann bei den Verantwortlichen dazu beitragen, Sicherheit bei ihrer Entscheidung über die berufliche Eignung bzw. „Wiederverwendbarkeit“ des Rekonvaleszenten zu gewinnen.

## **Abschlussuntersuchung**

Ein Jahr nach Beginn dieser Maßnahme erfolgt eine ausführliche Abschlußuntersuchung gleichen Inhaltes, die wiederum in einem ausführlichen schriftlichen Befundbericht („Abschlussbericht“) schriftlich fixiert wird, der ebenfalls bei den Verantwortlichen vorgelegt wird. Bei positivem(Therapie-) Verlauf wird von den ÄrztInnen der Oberbergkliniken den Disziplinarinstanzen bzw. den aufsichtführenden Stellen empfohlen, die Akten zu schließen.



## **Vorgehen bei erneutem Substanzkonsum**

In manchen Fällen kommt es auch bei positivem Verlauf zu einem erneuten Substanzkonsum. Die Therapieforschung konnte belegen, dass ein adäquater Umgang mit diesen Krisen der Betroffenen durchaus positiv genutzt werden kann, so dass letztlich doch ein abstinentes Leben erreicht wird. Auch dieser Aspekt wird im beruflichen Rehabilitationskonzept berücksichtigt.

Für den Fall, daß der Betroffene in der Zeit mit voller Suchtdynamik rückfällig wird, muß das Rehabilitationskonzept indes zunächst abgebrochen werden. Auch dies wird in einem entsprechenden Befundbericht dokumentiert. Dem Betroffenen sollte aber die Möglichkeit eingeräumt werden, umgehend eine erneute stationäre Entwöhnungsbehandlung (Rückfallbehandlung) durchzuführen. Die Oberbergkliniken bieten eine solche Therapie jederzeit an. Wenn diese erneute Entwöhnungstherapie erfolgreich abgeschlossen wurde, kann das Rehabilitationskonzept wieder neu begonnen werden.

Kommt es dagegen zu einem begrenzten Substanzkonsum ohne volle Rückfalldynamik („slip“ oder „lapse“) und ist der Betroffene bereit, entsprechende Maßnahmen (z. B. stationäre Krisenintervention) durchzuführen, so kann das Rehabilitationskonzept – ggf. verlängert – fortgeführt werden. Auch solche Verläufe werden in einem entsprechenden Befundbericht dargelegt und begründet.

## **Empfehlungen für die aufsichtsführenden Stellen**

Aus therapeutischen Gründen empfehlen die ÄrztInnen der Oberbergkliniken grundsätzlich, daß die Approbation/Zulassung als Kassenarzt (bzw. ein entsprechender Zugang zur erneuten beruflichen Tätigkeit bei Angehörigen anderer Berufsgruppen) nach Abschluß der stationären (Initial-)Behandlung bereits widerruflich erteilt wird, damit der Betroffene beruflich tätig werden kann (sofern zuvor ein Ruhen/Entzug der Approbation oder KV-Zulassung bzw. entsprechende Maßnahmen angeordnet worden waren). Die aus der beruflichen Tätigkeit resultierende Stärkung des (krankheitsbedingt) reduzierten Selbstwertgefühls ist therapeutisch von großem Nutzen. Natürlich spielen auch ökonomische und soziale Erwägungen im Hinblick auf die Situation des Betroffenen bei dieser Empfehlung eine Rolle.

# **KONCEPCJA LECZENIA DLA LEKAREK I LEKARZY UZALEŻNIONYCH OD RÓŻNYCH SUBSTANCJI**

**Götz Mundle**

**Prof. Dr. Matthias Gottschaldt Stiftung, Oberberg Klinik Schwarzwald**

We współpracy z Izbami Lekarskimi na początku lat 90. prof. Matthias Gottschaldt opracował i wypróbował w praktyce koncepcję rehabilitacji, nastawioną w szczególności na readaptację zawodową lekarzy uzależnionych od różnych substancji, którym przez to grożą konsekwencje prawno-zawodowe. W latach 80. koncepcja prof. Gottschaldta, którego ten problem również dotyczył, została skonfrontowana ze społecznym i zawodowym wymiarem uzależnienia a po jego śmierci w wypadku w sierpniu 1998r. była kontynuowana przez odpowiednio wykwalifikowanych lekarzy z klinik w Oberberg i sprawdziła się również w przypadku osób uzależnionych, a należących do innych grup zawodowych (np. stomatolodzy i weterynarze; farmaceuci; prawnicy, urzędnicy, np. urzędnicy policjanci, nauczyciele.

## Elementy leczenia

1. Efektywna i dobrze rokująca stacjonarna terapia odwykowa (z reguły w jednej z klinik w Oberberg).

2. Realizacja niezbędnych do osiągnięcia sukcesu terapeutycznego poszpitalnych sposobów oddziaływania (na ogół ambulatoryjna psychoterapia zorientowana na konkretne uzależnienie oraz uczęszczanie na zajęcia grup samopomocowych). Koncepcja klinik w Oberberg poszpitalnej rehabilitacji nie zastępuje terapii ambulatoryjnej w pobliżu miejsca zamieszkania i jest tylko częścią obszerniejszej opieki terapeutycznej.

## Realizacja

Po zakończonej powodzeniem terapii szpitalnej pacjent najpierw zgłasza się mniej więcej co miesiąc do jednej z przychodni należących do klinik w Oberberg. W zależności od przebiegu, w odosobnionych przypadkach, można uzgodnić po około sześciu miesiącach także sześciotygodniową przerwę pomiędzy badaniami.

Podczas badań wykonywane są następujące świadczenia:

- szczegółowe badanie psychiatryczne,
- leczenie psychiatryczne poprzez wnikanie w problemy i szczegółową rozmowę terapeutyczną,
- badania laboratoryjne,
- ewentualnie badanie fizykalne,
- ewentualnie inne procedury diagnostyczne lub terapeutyczne,
- obszerny, pisemny raport o chorobie i wynikach badań.

W szczególności sprawdzane jest zachowanie abstynencji od alkoholu, leków uzależniających oraz narkotyków, a także systematyczność leczenia poszpitalnego, w tym uczęszczanie na spotkania grup samopomocowych. W rozmowie psychiatrycznej następuje pogłębienie diagnozy o problemach oraz poszukiwanie specyficznego dla danego uzależnienia nieprawidłowego sposobu myślenia, a także poszukiwanie psychopatologicznych objawów poprzedzających nawroty. Wykorzystuje się specjalne techniki zapobiegania nawrotom. Po każdym spotkaniu szczegółowo analizuje się wyniki badań i w obszernym pisemnym raporcie o chorobie i o wyniku badań opisuje się przebieg terapii włącznie z zajęciem stanowiska co do rokowań (względnie do zaproponowanych dalszych środków terapeutycznych w przypadku, gdy są potrzebne). Pacjent otrzymuje ten pisemny raport o wyniku badań, który przedkłada osobiście odpowiednim urzędом jako dokumentację dalszego przebiegu terapii. Tymi nadzorującymi podmiotami mogą być np. izby lekarskie, zrzeczenia lekarzy kas chorych, prezydium rządowe, lekarze urzędowi, przełożeni, organy urzędowe itd.). Uzgadnia się z nimi koncepcję rehabilitacji.

Dalszą istotną częścią składową tego procesu rehabilitacyjnego jest regularne i osobiste przedkładanie raportów o stanie zdrowia swoim przełożonym lub innym organom sprawującym nadzór. Oznacza to, że osoba uzależniona raz w miesiącu stawia się w odpowiedniej instytucji prowadzącej postępowanie dyscyplinarne i przynosi ze sobą raport o wyniku badań oraz przeprowadza również krótką osobistą rozmowę.

Zgodnie z dotychczasowymi doświadczeniami opisana procedura prowadzi do tego, że przełożeni lub osoby z urzędu sprawujące nadzór same mogą wyrobić sobie zdanie o przebiegu leczenia i śledzić jego dynamikę. Uważamy, że element ten stanowi istotną część rehabilitacji i może spowodować, że osoby lub instytucje odpowiedzialne za dalsze decyzje

mogą zyskać dodatkowe przesłanki do decyzji o przydatności zawodowej względnie o „ponownej przydatności” rekonwalescenta.

### **Badanie końcowe**

Po roku pacjent jest ponownie szczegółowo badany a wynikiem tego badania jest obszerny raport („Raport końcowy”) Jest on również przedkładany podmiotom odpowiedzialnym za dalsze decyzje. W przypadku pozytywnego przebiegu terapii lekarze Kliniki w Oberberg zalecają instancjom dyscyplinarnym względnie organom prowadzącym nadzór zakończenie sprawy.

### **Procedura w przypadku nawrotu używania substancji psychoaktywnych**

W niektórych przypadkach, także przy pozytywnym przebiegu leczenia, dochodzi do ponownego używania substancji uzależniających. Badania nad terapią dowodzą, że adekwatne postępowanie z takimi kryzysami osób uzależnionych może być pozytywnie wykorzystane w osiągnięciu celu, jakim jest abstynencja. Także ten aspekt uwzględniony jest w koncepcji rehabilitacji zawodowej.

Gdy u osoby uzależnionej dojdzie do pełnego nawrotu uzależnienia, przerywa się proces rehabilitacyjny. Fakt ten zostaje udokumentowany. Pacjentowi powinna być dana możliwość niezwłocznego przeprowadzenia ponownego szpitalnego leczenia odwykowego (leczenie nawrotu). Kliniki w Oberberg taką terapię oferują w każdym czasie. Jeżeli ponowna terapia odwykowa zostanie zakończona powodzeniem, to proces rehabilitacyjny może zostać rozpoczęty na nowo.

Natomiast, jeżeli dojdzie do ograniczonego użycia substancji psychoaktywnej bez wystąpienia pełnej dynamiki powrotu („slip” lub „lapse”) i pacjent jest gotowy poddać się odpowiednim procedurom (np. szpitalnej interwencji kryzysowej), wówczas proces rehabilitacji może zostać ewentualnie przedłużony i kontynuowany. Uzasadnia się to w odpowiednim raporcie.

### **Zalecenia dla podmiotów nadzorujących**

Po zakończeniu leczenia stacjonarnego ze względów terapeutycznych zazwyczaj rekomenduje się warunkowe dopuszczenie do wykonywania zawodu/dopuszczenie do pracy (względnie odpowiedni dostęp do ponownej działalności zawodowej w przypadku członków innych grup zawodowych). O ile wcześniej nie doszło do zawieszania bądź odebrania prawa wykonywania zawodu, lepiej jest, aby pacjent mógł być czynny zawodowo. Podniesienie zaniżonej samooceny może być korzystne z terapeutycznego punktu widzenia. Oczywiście przy takich rekomendacjach odgrywają również rolę rozważania ekonomiczne i społeczne w odniesieniu do sytuacji osób, których ono dotyczy.

## **MEDICE, NON CURA TE IPSUM**

### **Bohdan T. Woronowicz**

Zespół Profilaktyki i Leczenia Uzależnień Instytutu Psychiatrii i Neurologii  
w Warszawie i Centrum Konsultacyjne AKMED w Warszawie

Z przeprowadzonych w USA badań wynika, że 8-12% lekarzy cierpi na uzależnienie od alkoholu lub od innych substancji psychoaktywnych, u 20-25% występują poważne problemy alkoholowe, a uzależnienie od alkoholu dotyczy 8-10% lekarzy mężczyzn. Wskaźniki dotyczące kobiet – lekarzy są odpowiednio o połowę mniejsze.

Ponad 30-letnie doświadczenie autora w pracy z osobami uzależnionymi od alkoholu pozwala stwierdzić, że w Polsce, pomimo braku odpowiednich badań na ten temat, rozpowszechnienia problemów alkoholowych w środowisku medycznym stanowi poważny problem. Wśród istotnych przyczyn rozwoju problemów alkoholowych w środowisku lekarskim ważną rolę odgrywają m.in. takie czynniki, jak traktowanie przez to środowisko tematu alkoholu jako tematu tabu, brak podstawowej wiedzy nt. uzależnień oraz przewlekły stres związany z pracą. Czynniki wpływającymi na odkładanie decyzji o podjęciu profesjonalnego leczenia są głównie: wstyd przed pacjentami (możliwość spotkania na terapii swojego pacjenta) i współpracownikami („nie wstyd pić, a wstyd się leczyć”), fałszywie pojęta „solidarność zawodowa” („krycie” pijanych kolegów) oraz subiektywne przekonanie o możliwości poradzenia sobie samemu („przecież znam się na leczeniu”).

W przypadku podjęcia leczenia odwykowego lekarze wykazują bardzo często brak umiejętności przyjmowania pomocy i dużą trudność w funkcjonowaniu w roli pacjenta, wchodzą w koleżeńskie (towarzyskie) relacje z niedoświadczonymi terapeutami, a jednocześnie mają krytyczny stosunek do informacji przekazywanych przez innych niż lekarz specjalistów (psychologa lub terapeutę uzależnień).

Szansą na poprawę tej sytuacji byłoby m.in. wprowadzenie większej ilości zajęć poświęconych uzależnieniom podczas studiów przed- oraz podyplomowych, praca nad zmianą mentalności środowiska lekarskiego, szkolenie kadry kierowniczej w zakresie postępowania z osobami uzależnionymi i uczulenie na problematykę uzależnień oraz włączenie w te wszystkie działania samorządu lekarskiego, który w ekstremalnych przypadkach może zawiesić prawo wykonywania zawodu lekarzom, którzy z powodu uzależnienia nie są w stanie wykonywać zawodu.

## **Piśmiennictwo**

1. Fleming M. i wsp.: *Profilaktyka szkód zdrowotnych związanych z pićm alkoholu przez pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej*. Projekt wdrożeniowy. NIAAA, IPIN, PARPA. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1996.
2. Habrat B.: *Lecz się albo odejdz*. Medycyna po Dyplomie, 1997, 6, 13-16.
3. Lloyd G.: *Doctors who are dependent on alcohol can recover*. Med. J. 1997; 314, 521-526.
4. Setness P.A.: *Próba trzeźwego spojrzenia na zawód lekarza*. Medycyna po Dyplomie, 1997, 6, 10-12.

## **MEDICE, NON CURA TE IPSUM**

### **Bohdan T. Woronowicz**

Die Gruppe für Prophylaxe und Behandlung von Abhängigkeiten des Instituts für Psychiatrie und Neurologie in Warschau und das Beratungszentrum AKMED in Warschau

Aus den in den USA durchgeführten Forschungen geht hervor, daß 8-12% der Ärzte unter der Abhängigkeit von Alkohol oder von anderer psychoaktiven Substanz leiden, bei 20-25% ernsthafte Alkohol-Probleme vorkommen, und die Alkoholsucht 8-10% Ärzte betrifft. Die Zahlangaben betreffend Ärztinnen sind entsprechend um die Hälfte niedriger.

Über 30-jährige Erfahrung des Autors in der Arbeit mit den alkoholabhängigen Personen, erlaubt festzustellen, daß die Verbreitung von Alkoholproblemen in medizinischen Kreisen

in Polen, trotz der Tatsache, daß die entsprechende Forschungen zu diesem Thema fehlen, ein ernsthaftes Problem darstellt. Unter den wesentlichen Ursachen für Entwicklung von Alkoholproblemen in medizinischem Milieu, spielen eine wichtige Rolle u.a. solche Faktoren wie Betrachten durch dieses Milieu des Themas Alkohol als Tabuthema, Fehlen von Grundwissen zum Thema Abhängigkeiten sowie chronischer Stress, der mit der Arbeit verbunden ist.

Die Faktoren, die die Verschiebung der Entscheidung über den Anfang der Fachbehandlung beeinflussen, sind hauptsächlich: Scham vor Patienten (Möglichkeit bei der Therapie seinen Patienten zu treffen) und vor Mitarbeitern (trinken schäme ich mich nicht, aber ich schäme mich, behandelt zu werden), falsch verstandene „Berufssolidarität“ („Schützen“ der betrunkenen Kollegen) sowie eine subjektive Überzeugung über die Möglichkeit, sich selber helfen zu können („ich kenne mich doch in der Behandlung aus“).

Falls die Entziehungskur vorgenommen wurde, zeigen die Ärzte sehr oft dies, daß sie die Hilfe nicht annehmen können und die Schwierigkeit haben, als Patient zu fungieren; sie gehen die Kollegenrelationen (Gesellschaftsrelationen) mit den nicht erfahrenen Therapeuten ein, und zugleich haben sie eine kritische Haltung zu den Informationen, die ihnen von den anderen Spezialisten als die Ärzte übermittelt werden (von einem Psychologen oder einem Abhängigkeitstherapeuten).

Eine Chance auf die Verbesserung dieser Lage wäre u.a. Einführung von größerer Zahl der Unterrichtsstunden, die den Abhängigkeiten gewidmet würden – während des Studiums und in dem ergänzenden Studium, Arbeit an der Änderung der Mentalität im Ärzte-Milieu, Schulung der Führungskräfte im Bereich Vorgehensweise mit den abhängigkeitskranken Personen und das Aufmerksam-Machen dieser Kräfte auf die Abhängigkeitsproblematik sowie Einbeziehung in all diese Handlungen der Ärztlichen Selbstverwaltung, die in extremen Fällen die Approbation den Ärzten einstellen kann, die sich der Behandlung nicht unterziehen wollen, aber nach der Ansicht der Spezialisten – der Behandlung bedürfen.

## Schrifttum

1. Fleming M. et al.: *Profilaktyka szkód zdrowotnych związanych z pićm alkoholu przez pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej. Projekt wdrożeniowy*. NIAAA, IPiN, PARPA. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych [Die Prophylaxe der gesundheitlichen Schäden, die mit dem Alkoholtrinken durch Patienten der Grundgesundheitsbetreuung verbunden sind. Anleitungprojekt. NIAAA, IPiN, PARPA. Staatliche Agentur für Lösung von Alkoholproblemen], Warszawa 1996.
2. Habrat B.: *Łaź dich behandeln oder geh weg*, Medycyna po Dyplomie, 1997, 6, 13-16.
3. Lloyd G.: *Doctors who are dependent on alcohol can recover*, Med. J. 1997, 314, :521-524.
4. Setness P.A.: *Versuch eines nüchternen Blickes auf den Beruf des Arztes*. Medycyna po Dyplomie, 1997, 6, 10-12.